

УДК : 616.329

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ВОПРОСИ НАРУШЕНІЙ ЛІПІДНОГО МЕТАБОЛІЗМА У ДІТЕЙ І ЛІЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Елена Александровна Толстикова

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр,
Украина*

elena.tol709@i.ua

Сергей Федорович Азарков

ДНУ им. О. Гончара, г. Днепр, Украина

В статье рассматриваются медико-социальные аспекты нарушений липидного обмена у детей и лиц молодого возраста, обсуждаются вопросы рационального питания этой категории больных.

Ключевые слова: *медико-социальные аспекты, нарушения липидного обмена, дети, лица молодого возраста.*

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ДІТЕЙ ТА ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Олена Олександрівна Толстікова

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

elena.tol709@i.ua

Сергій Федорович Азарков

ДНУ ім. О. Гончара, м. Дніпро, Україна

В статті розглядаються медико-соціальні аспекти порушень ліпідного обміну у дітей та осіб молодого віку, приділяється увага питанням харчування цієї категорії хворих.

Ключові слова: *медико-соціальні аспекти, порушення ліпідного обміну, діти, особи молодого віку.*

Порушення ліпідного метаболізму – це досить часта патологія, зустрічаємість якої збільшується з кожним роком, у тому числі у дітей та осіб молодого віку. Згідно з останніми даними, у дорослих з ішемічною хворобою

серця (ІХС) частота порушень ліпідного гомеостазу складає від 15 до 30%. При цьому її поширеність в популяції, згідно зі статистичними показниками, 1:50 - 1:300 [2]. Слід окремо підкреслити, що сучасні данні свідчать про те, що в тих країнах, де національна кухня орієнтована на страви з невеликим вмістом тваринних жирів, випадки дисліпідемій зустрічаються набагато рідше [4].

З урахуванням переважно біохімічного фенотипу, порушення ліпідного обміну розділяються на гіперхолестеринемії, гіпертригліцеридемії, комбіновані підвищення холестерину та тригліцеридів, гіполіпідемії та дисліпідемії. У свою чергу, гіперхолестеринемії можуть бути спадковими (первинними) і набутими (вторинними) [1].

Діагностика дизліпідемій по-перше складається з вивчення сімейного анамнезу, зокрема встановлення наявності родинних випадків підвищення рівня холестерину та дисбалансу ліпопротеїдів. Важливим також є моніторинг показників артеріального тиску у обстежуваного та членів його родини. Діагностично значущими є результати біохімічного аналізу крові: рівню креатинину, глюкози, сечової кислоти, білірубину, трансаміназ. Найважливішим при встановленні діагнозу є визначення показників ліпідограми: загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ), а також індексу атерогенності (ІА). Суттєвим діагностичним маркером являється проведення генетичного дослідження членів сім'ї з метою виявлення родинного генетичного дефекту.

Головною метою лікування порушень ліпідного обміну є контроль і, при можливості, нормалізація показників ліпідного спектра крові, а також виключення і профілактика всіх факторів ризику ІХС, захворювань і

патологічних станів, що призводять до ще більшої дестабілізації ліпідного гомеостазу.

До основних принципів лікування порушень ліпідного обміну відносяться: дієтотерапія, підвищення фізичної активності, фармакологічна терапія, при необхідності - хірургічне лікування, а також у перспективі - генна інженерія.

Першим кроком і найбільш необхідним компонентом лікуванні будь-якого виду гіперліпідемічних станів є дієтотерапія. Довгострокове дотримання дієти сприяє покращенню показників ліпідограми та відстрочує розвиток небажаних ускладнень захворювання.

До основних правил дієтотерапії слід віднести з одного боку, зміну харчових звичок всієї родини і обмеження споживання жирів до безпечного для зростаючого і розвивального організму рівня із заповненням потреби в білках, вітамінах та мікроелементах. Важливо забезпечити обмеження споживання жирів до 30% від загальної калорійності, але не менше 20%. Добове споживання холестерину потрібне складати не більше 300 мг [5]. При неефективності вищезазначених закладів, споживання жиру обмежують до 25% від загальної калорійності, а добове споживання холестерину повинно бути не більше 200 мг.

У деяких останніх публікаціях [5] висловлюється думка про можливість більш жорсткого зменшення в раціоні холестерину, але необхідно зазначити важливість виваженої позиції по відношенню до обмеження його надходження в організм дітей та підлітків. Дефіцит холестерину в раціоні не менш небезпечний, ніж надлишок, а точний відсоток жирів від загальної калорійності, що забезпечує фізіологічні потреби дитячого організму на різних стадіях його розвитку - предмет для вивчення і дискусії [4].

Слід підкреслити, що спираючись на результати останніх досліджень, холестерин вкрай необхідний для росту і розвитку організму,

диференціювання і формування клітин, функціонування мембранних іонних насосів. Також встановлено, що він бере участь в синтезі стероїдних гормонів (в тому числі і статевих), а також впливає на процеси метаболізму великої кількості вітамінів і ін. [6].

Згідно з Рекомендаціям Європейського товариства з вивчення атеросклерозу потрібно приділяти увагу особливостям харчового раціону та дотримуватися певних правил харчування. При цьому, рекомендується вживати хліб грубого помолу, рис, хрусткі хлібці, молоко і сири з низьким вмістом жиру, всі свіжі або висушені, заморожені фрукти і овочі, рибу, риб'ячий жир, східні солодощі, нугу, льодяники, перець, гірчицю, спеції, волоські горіхи, мигдаль.

До продуктів, які слід обмежити, відносяться макаронні вироби, смажена картопля, картопляні пластівці, тістечка, бісквіти, халва, арахіс, фісташки, яєчний жовток. Потрібно обмежити також вміст кухонної солі, яка призводить до зниження активності ферментів, відповідальних за розщеплення жирів і сприяє підвищенню артеріального тиску. З іншого боку, надмірна кількість солі призводить до посилення проникності судинної стінки.

Що стосується харчових продуктів, які не слід вживати при порушеннях ліпідного гомеостазу, то це здобна випічка, вершки, жирні сорти сирів і йогуртів, ікра, смажена риба, м'ясо качки, всі сорти жирного м'яса, сосиски, шинка, шкіра птиці, сало, пальмова олія, вершкове масло, маргарин, майонез, чіпси, морозиво, галушки, шоколад.

Безумовно, призначення однієї лише дієтотерапії при гіперліпідемії найбільш ефективно у дітей молодшого віку, проте у підлітків зазвичай не дозволяє повною мірою контролювати показники ліпідного спектра, тому у більшості випадків потрібно призначення лікарських засобів [3]. Однак постійне дотримання дієти відіграє суттєву роль у забезпеченні адекватного

фізичного розвитку дітей з цією патологією та дозволяє затримати подальше прогресування порушення ліпідного гомеостазу та тим самим відтермінувати появу загрозливих патологічних процесів.

Список літератури:

1. Bellanger N, Orsoni A, Julia Z, Fournier N, Frisdal E, Duchene E, Bruckert E, Carrie A, Bonnefont-Rousselot D, Pirault J, Saint-Charles F, Chapman MJ, Lesnik P, Le Goff W, Guerin M. Atheroprotective reverse cholesterol transport pathway is defective in familial hypercholesterolemia. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2011;31:1675–1681. [[PubMed](#)]
2. Daniels SR, Gidding SS, de Ferranti SD., National Lipid Association Expert Panel on Familial Hypercholesterolemia. Pediatric aspects of familial hypercholesterolemias: recommendations from the National Lipid Association Expert Panel on Familial Hypercholesterolemia. *J Clin Lipidol* 2011;5(3 Suppl.):S30–S37. [[PubMed](#)]
3. Martin AC, Coakley J, Forbes DA, Sullivan DR, Watts GF. Familial hypercholesterolaemia in children and adolescents: a new paediatric model of care. *J Paediatr Child Health* 2013;49:E263–E272. [[PubMed](#)]
4. Sjouke B, Kusters DM, Kindt I, Besseling J, Defesche JC, Sijbrands EJ, Roeters van Lennep JE, Stalenhoef AF, Wiegman A, de Graaf J, Fouchier SW, Kastelein JJ, Hovingh G. Homozygous autosomal dominant hypercholesterolaemia in the Netherlands: prevalence, genotype-phenotype relationship, and clinical outcome. *Eur Heart J* 2015;36:560–565. [[PubMed](#)]
5. Van Wijk DF, Sjouke B, Figueroa A, Emami H, van der Valk FM, MacNabb MH, Hemphill LC, Schulte DM, Koopman MG, Lobatto ME, Verberne HJ, Fayad ZA, Kastelein JJ, Mulder WJ, Hovingh GK, Tawakol A, Stroes ES. Nonpharmacological lipoprotein apheresis reduces arterial inflammation in familial hypercholesterolemia. *J Am Coll Cardiol* 2014;64:1418–1426. [[PubMed](#)]

6. Watts GF, Gidding S, Wierzbicki AS, Toth PP, Alonso R, Brown WV, Bruckert E, Defesche J, Lin KK, Livingston M, Mata P, Parhofer KG, Raal FJ, Santos RD, Sijbrands EJ, Simpson WG, Sullivan DR, Susekov AV, Tomlinson B, Wiegman A, Yamashita S, Kastelein JJ. Integrated guidance on the care of familial hypercholesterolaemia from the International FH Foundation. *Int J Cardiol* 2014;171:309–325. [[PubMed](#)]